

Oppfølging av legemiddelbruken til pasienter underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold

*Kvalitetssikringsstudie ved Sørlandet
Sykehus HF*

Karin Drivenes



Masteroppgave i klinisk farmasi
Farmasøytisk institutt
Det matematisk-naturvitenskapelige fakultet
UNIVERSITETET I OSLO

10. januar 2014

Oppfølging av legemiddelbruken til pasienter underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgnoophold.

Studien er utført ved Klinikk for psykisk helse,
Sørlandet Sykehus HF.

Hovedveileder ved Universitet i Oslo:
Professor Il Stein Bergan

Veileder ved Sørlandet Sykehus HF:
Klinikksjef Oddvar Sæther

2014

Oppfølging av legemiddelbruken til pasienter underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgnoophold

Karin Drivenes

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Forord

Denne masteroppgaven er utført ved Klinikk for psykisk helse ved Sørlandet Sykehus HF. Den er en del av en etterutdanning ved Farmasøytisk institutt, Universitetet i Oslo.

Jeg vil takke ansatte i Klinikk for psykisk helse for tid, samarbeid og god hjelp til å forstå kompleksiteten i alvorlige psykiske lidelser og behandling av dem.

En spesiell takk til mine veiledere. Klinikksjef ved Klinikk for psykisk helse Oddvar Sæther for god tilrettelegging, motivering og engasjement. Professor II ved Universitet i Oslo Stein Bergan for uvurderlige innspill og konstruktive tilbakemeldinger.

En takk til Sykehusapotekene HF for at jeg fikk muligheten til å gjennomføre dette erfaringsbaserte masterstudiet i klinisk farmasi.

En takk også til kollega Kjersti Farestveit for oppmuntring i løpet av studiet og hjelp til skriving av oppgaven, og til spesialbibliotekar Jurgita Bagdoniene for hjelp til referanser og litteratur.

Til slutt vil jeg takke øvrige kollegaer og de hjemme for støtte i forbindelse med dette studiet.

Vennesla, 10. januar 2014

Karin Drivenes

Innholdsfortegnelse

| | |
|---|----|
| Forord | 3 |
| Innholdsfortegnelse | 4 |
| Forkortelser | 7 |
| Sammendrag..... | 8 |
| Summary | 9 |
| 1 Introduksjon | 10 |
| 1.1 Lovregulering og vedtaksansvarlig | 10 |
| 1.2 Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold | 10 |
| 1.3 Grunnlag for og omfang av bruk av tvang | 10 |
| 1.4 Pasienters opplevelse og helsepersonells holdninger | 11 |
| 1.5 Ulike former for tvangsbruk | 11 |
| 1.6 Hyppighet og valg av legemidler som tvangsmiddel | 12 |
| 1.7 Effekter av tvangsmedisinering | 12 |
| 1.8 Farmasøyts bidrag..... | 13 |
| 1.9 Hensikten med studien..... | 13 |
| 2 METODE | 14 |
| 2.1 Studiedesign..... | 14 |
| 2.1.1 Beskrivende del | 14 |
| 2.1.2 Intervensjonsdel..... | 14 |
| 2.2 Studiesenter | 14 |
| 2.3 Inklusjonskriterier..... | 14 |
| 2.4 Innhenting og registrering av data | 15 |
| 2.5 Målevariable | 15 |
| 2.6 Kilder | 15 |
| 2.7 Vurdering av medikamentell behandling | 15 |
| 2.8 Presentasjon av legemiddelrelaterte problemer | 16 |
| 2.8.1 Tiltak..... | 16 |
| 2.9 Verktøy og analyse av data..... | 16 |
| 2.10 Etikk..... | 16 |

| | | |
|--------|---|----|
| 2.11 | Pasienter underlagt tvungent psykisk helseverns spesielle situasjon | 17 |
| 2.12 | Samtykke til studiedeltakelse | 17 |
| 2.12.1 | Begrunnelse for at samtykke til deltakelse ikke ble innhentet | 17 |
| 2.12.2 | Studiens følger for pasientene | 17 |
| 2.13 | Datainnsamling og oppbevaring | 18 |
| 3 | RESULTAT | 19 |
| 3.1 | Studiedeltakere | 19 |
| 3.2 | Diagnose | 20 |
| 3.2.1 | Dobbeldiagnose rus og psykiatri | 20 |
| 3.2.2 | Andre tilleggsdiagnoser | 20 |
| 3.3 | Tid underlagt TUD | 21 |
| 3.4 | Tillegg av tvangsmedisineringssvedtak | 22 |
| 3.5 | Vedtaksansvarlige | 22 |
| 3.6 | Beskrivelse av medikamentell behandling | 22 |
| 3.6.1 | Antall legemidler | 24 |
| 3.6.2 | Legemiddelvalg | 25 |
| 3.6.3 | Dosering | 25 |
| 3.7 | Identifisering av legemiddelrelaterte problemer | 27 |
| 3.8 | Anerkjente legemiddelrelaterte problemer | 27 |
| 3.8.1 | Klassifisering av anerkjente legemiddelrelaterte problemer | 28 |
| 3.8.2 | Legemidler og -grupper involvert i anerkjente legemiddelrelaterte problemer ... | 29 |
| 3.8.3 | Diagnoser involvert i anerkjente legemiddelrelaterte problemer | 29 |
| 3.8.4 | Pasientenes alder og kjønn i forhold til anerkjente LRP | 30 |
| 3.9 | Ikke anerkjente legemiddelrelaterte problemer | 31 |
| 4 | DISKUSJON | 32 |
| 4.1 | Antall legemidler | 32 |
| 4.1.1 | ”Overbehandling i psykiatrien”? | 32 |
| 4.2 | Valg av legemiddel, dose og legemiddelform | 33 |
| 4.3 | Diagnoser | 34 |
| 4.3.1 | Diagnostisering | 34 |
| 4.4 | Journalføring | 34 |
| 4.5 | Anerkjennelsesgrad legemiddelrelaterte problemer | 35 |
| 4.6 | Tverrfaglige team og tiltak ved legemiddelrelaterte problemer | 35 |

| | | |
|-------|--|----|
| 4.6.1 | Flere behandlere involvert i pasientbehandling..... | 36 |
| 4.7 | Tidspunkt for presentasjon av funn fra legemiddelgjennomgangene..... | 36 |
| 4.8 | Tvang og opphør av tvang | 37 |
| 4.9 | Styrker og begrensninger | 37 |
| 4.10 | Betydningen av allianse i pasientbehandlingen | 38 |
| 5 | KONKLUSJON | 39 |
| | Litteraturliste | 40 |

Forkortelser

| | |
|--------------------------------|---|
| Antipsykotikum | Legemiddel fra ATC-gruppe N05A unntatt N05AN01 litium |
| ATC | Anatomisk terapeutisk klassifiseringssystem for legemidler |
| DDD | Definert døgndose, definisjon i kapittel 3.6.3 |
| DRP | <i>Engelsk</i> Drug related problem (norsk: legemiddelrelatert problem) |
| LRP | Legemiddelrelatert problem, definisjon i kapittel 2.1.2 |
| NSD | Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste |
| REK | Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk |
| Stemningsstabiliserende middel | Litium + antiepileptiske legemidler med indikasjon bipolar lidelse |
| TUD | Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold |

Sammendrag

Hensikt: Bruk av tvang er omstridt. Det foreligger lite håndfaste data om pasienter som behandles med tvangsmidler. Ved bruk av tvang påhviler det helsetjenesten et ekstra ansvar for å gi disse pasientene best mulig behandling og oppfølging. Hensikten med denne studien var å beskrive den medikamentelle behandlingen og oppfølgingen av pasienter underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold ved Klinikk for psykisk helse, Sørlandet sykehus HF. Videre var det ønsket å kartlegge eventuelt potensial for forbedret medikamentell behandling gjennom spesifikk rådgivning fra farmasøyt i det tverrfaglige behandlingsteamet.

Metode: Det ble innhentet opplysninger om den medikamentelle behandlingen og andre på forhånd definerte data fra pasientenes sykehistorie. Det ble utført legemiddelgjennomgang slik den nasjonale veilederen beskriver. Identifiserte LRP (legemiddelrelaterte problemer) ble presentert for behandler eller behandlingsteam og eventuelle tiltak ble dokumentert. Tallmaterialet fra de innhentede opplysninger og utfallet etter diskusjonen med behandler eller behandlingsteam team ble analysert.

Resultater: Av 101 pasienter underlagt TUD på inklusjonsdatoen, møtte 77 pasienter inklusjonskriteriet som var bruk av to eller flere legemidler. Det var 56 % menn i studiepopulasjonen, og median alder var 47 år. Disse brukte i gjennomsnitt 3,6 legemidler totalt. Alle brukte minst ett antipsykotikum, 83 % brukte legemiddelformen depotinjeksjon. De fleste hadde diagnosen schizofreni F20. Det ble identifisert 68 LRP fordelt på 51 pasienter. Av disse ble 54 LRP anerkjent. Det var flest anerkjente LRP av typen ”manglende monitorering”. Det vanligste tiltaket var ”diskusjon i tverrfaglig team eller med pasienten”. Av de ikke anerkjente LRP var ”tillegg av legemiddel” den vanligste. Det var flest ikke anerkjente LRP hos kvinner over 70 år.

Konklusjon: Pasientene i denne studien brukte færre legemidler enn andre pasienter i behandling i spesialisthelsetjenesten. Legemidler ble ikke alltid brukt, eller brukt i for lave doser, selv om det var klar indikasjon. Dette fordi pasientene ikke ønsket medikamentell behandling. 79 % av presenterte LRP ble anerkjent, men få tiltak ble iverksatt umiddelbart. Farmasøyt bidrar til forbedret medikamentell behandling ved å avdekke LRP og foreslå tiltak, men er i dag ikke en ordinær del av det tverrfaglige behandlingsteamet.

Summary

Purpose: The use of coercion in mental health services is controversial. There is little data about patients being treated with coercion. By the use of coercion, the health service should take extra consideration for giving these patients the best possible treatment and follow-up. The purpose of this study was to describe the drug treatment and follow-up in patients subject to ambulant compulsory mental health care at Klinikk for psykisk helse, Sørlandet Sykehus HF, and, if possible, to improve drug therapy through specific advice from a pharmacist in an interdisciplinary treatment team.

Method: Information relating to drug therapy and other predefined parameters from patients' medical records was obtained. Drug reviews as described in a published standard form were processed. Identified DRPs (drug related problems) were presented to the physicians and initiatives were documented. Data from the recovered information and outcome following discussion with physicians were analyzed.

Results: Of the 101 patients subject to ambulant compulsory mental health care 77 patients met the inclusion criteria (use of two or more drugs). The study population included 56% men and the median age was 47 years. On average each patient used 3.6 drugs overall. All patients were using at least one antipsychotic agent, 83 % used depot injection. Most patients had a diagnosis of schizophrenia F20. We identified 68 DRP in 51 patients. Of these, 54 DRP were acknowledged by the psychiatrist treating the patient. The most acclaimed type of DRP was "lack of monitoring". The most common initiative was "discussion in the multidisciplinary team or with the patient". The DRP term "need of additional drug" was the most frequent among the non-acknowledged. The highest number of not acknowledged DRP was among women over 70 years of age.

Conclusion: The patients in this study used fewer drugs than other patients in the specialist health service. Even when the indication was clear, drugs were not always prescribed, or prescribed in low doses, since the patients did not want drug therapy. Among the presented DRPs 79% were acknowledged, but the prescription was mostly not immediately modified. A pharmacist can contribute to improved drug therapy, but is currently not a regular member of the interdisciplinary treatment team.

1 Introduksjon

1.1 *Lovregulering og vedtaksansvarlig*

Bruk av tvungent psykisk helsevern i Norge er hjemlet i Lov av 2. juli 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern, kortform: psykisk helsevernloven (1) og trådte i kraft sammen med de øvrige helselovene 1. januar 2001. Hovedkriteriet for å fatte vedtak om tvungent psykisk helsevern er at pasienten må ha en alvorlig sinnslidelse. I tillegg kreves det at pasienten på grunn av sinnslidelsen enten får sin utsikt til helbredelse i betydelig grad redusert, eller det er stor sannsynlighet for at tilstanden i meget nær fremtid vil bli forverret, eller at pasienten utgjør en nærliggende eller alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse. Vedtak om tvungent psykisk helsevern kan ifølge § 1-4 i psykisk helsevernloven bare fattes av lege med relevant spesialistgodkjenning eller klinisk psykolog med relevant praksis og videreutdanning som fastsatt i forskrift.

1.2 *Tvungent psykisk helsevern uten døgnoophold*

I tillegg til tvunget psykisk helsevern i døgninstitusjon, åpner psykisk helsevernloven for at tvunget psykisk helsevern også kan etableres uten opphold i helseinstitusjon, eksempelvis mens pasienten bor hjemme. Denne omsorgsformen består i pålegg om fremmøte for behandling, og alternativet skal bare velges dersom dette er til det beste for pasienten. Frivillighet skal først være prøvd eller er åpenbart nytteløst. Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999 – 2006 (2) skulle blant annet bidra til at kommunene er rustet til å bygge et nettverk rundt pasientene (3). Da kan alvorlig psykisk syke ivaretas i eget nærmiljø og etablere funksjonsnivå i et permanent bomiljø.

1.3 *Grunnlag for og omfang av bruk av tvang*

Bruk av tvang er omstridt, og det er arbeidet mye med å redusere bruk av tvang i psykisk helsevern (4, 5). En litteraturoppsummering (6) konkluderer med at det er uklart om bruk av tvang fører til bedre behandlingsresultat for pasientene. Ifølge loven skal det tvungne psykiske helsevernet kontinuerlig vurderes, og opphøre så snart kriteriene ikke lenger er tilstede for pasienten.

Det er publisert lite sammenlignende data om omfanget av bruk av tvang, men en kilde sier at i Norden ligger bare Island lavere enn Norge i graden av tvangsbruk (7). Island har en annen tradisjon og et annet lovverk for psykisk helsevern (8), og sammenligning er dermed vanskelig. En masteroppgave gjennomført i 2010, argumenterer for at Norge ligger høyt i Europa i bruk av tvang (9).

1.4 Pasienters opplevelse og helsepersonells holdninger

De siste 15-20 år har det vært et økende fokus på pasienters opplevelse av tvang. Å underlegges tvungent psykisk helsevern kan for pasientene få følger for videre helsetilstand. Noen pasienter opplever det som overgrep som ytterligere forverrer sykdommen, mens andre opplever trygghet og at noen tar kontroll over en situasjon de selv ikke har kontroll på. Helsepersonells holdning til tvang har også vært undersøkt. En spørreundersøkelse (10) viser liten variasjon mellom ansatte i psykiatriske akuttenheter i Norge i hvilke holdninger de har til bruk av tvang, og hvordan de vurderer behovet for tvangsbruk ved fysisk utagerende pasienter.

1.5 Ulike former for tvangsbruk

Ulike former for tvang i psykiatrien kan grovt deles i tre grupper

- Tvungen innleggelse, døgnoophold og oppfølging
- Tvangsmidler for å hindre skade
- Tvangsbehandling med legemidler

Det skilles altså mellom kortvarig bruk av tvangsmidler i institusjon for døgnoophold som er godkjent for tvang slik § 4-8 i psykisk helsevernloven beskriver, og tvangsmedisineringsvedtak som behandling etter § 4-4 i psykisk helsevernloven (1). Tvangsmidler benyttes dersom det er ”uomgjengelig nødvendig for å hindre ham i å skade seg selv eller andre, eller for å avverge betydelig skade på bygninger, klær, inventar eller andre ting”. Da er mekaniske tvangsmidler (belter), enkeltstående bruk av korttidsvirkende legemidler i beroligende eller bedøvende hensikt, holding og skjerming de aktuelle formene for tvangsmidler. Denne tvangsbruken er ikke behandling, men skal brukes kun for å avverge farlige situasjoner. Tvangsbehandling med legemidler benyttes ”når det er forsøkt å oppnå samtykke til undersøkelsen eller behandlingen, eller det er åpenbart at samtykke ikke kan eller

vil bli gitt”. Da er formålet å behandle pasientens psykiske lidelse. Et slikt vedtak gjelder for inntil 3 måneder og kan også forlenges.

1.6 Hyppighet og valg av legemidler som tvangsmiddel

En kvantitativ studie av kontrollkommisjonens årsrapporter, viser at det varierer rundt om i landet hvilke tvangsmidler som er i hyppigst bruk (9). En norsk studie fra akuttpsykiatriske døgnenheter viser at tidlig på 2000-tallet stod bruk av legemidler som tvangsmiddel for 19 % av den akutte tvangsmiddelbruken etter § 4-8 (11). En annen norsk studie fra 2005-2006 viser at 9 % av bruk av legemidler som tvangsmiddel i akuttpsykiatriske enheter omhandler administrasjon av antipsykotika i depotform (12).

1.7 Effekter av tvangsmedisinering

Det ble i oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene 2010 satt en frist for alle helseforetak om innen 1.11.2010 å sikre at data vedrørende tvangsbehandling rapporteres fullstendig. Dette har ført til omfattende rapportering og landsoversikter som Helsedirektoratet årlig publiserer som en del av Samdata (13) der omfanget av tvang beskrives. En amerikansk studie konkluderer med at det er større sannsynlighet for behandlingsmessig fordel av tvangsmedisineringsvedtak etter § 4-4 i psykisk helsevernloven dersom slikt vedtak opprettholdes i mer enn seks måneder (14). En meta-analyse tyder på at pasienter underlagt tvungent psykisk helsevern i mindre grad er involvert i kriminalitet, men ikke har lavere forbruk av øvrige helsetjenester enn pasienter uten tvungent vern (15). Generelt innebærer bruk av legemidler, i tillegg til helsegevinst, også mulighet for bivirkninger på kort eller lang sikt eller andre legemiddelrelaterte problemer. En del pasienter med psykiske lidelser har dårlig etterlevelse av frivillig å ta legemidler som foreskrevet (16). Ved tvangsmedisineringsvedtak (§ 4-4) opprettholdes etterlevelsen i større grad, i og med at det er helsepersonell som administrerer legemidlene. Det påhviler i denne situasjonen helsetjenesten et ekstra ansvar for å gi disse pasientene best mulig behandling og oppfølging. Det foreligger lite dokumentasjon omkring kvaliteten på medikamentell behandling som gis (17), og på oppfølging og monitorering av behandlingen.

1.8 Farmasøyts bidrag

I Stortingsmelding 16, Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015 (18) omtales viktigheten av beslutningsstøtte som kan hjelpe legen å fatte riktige beslutninger ved terapivalg, valg av dose, evaluering av effekt og oppfølging av en pasient. Tverrfaglige legemiddelgjennomganger foreslås brukt som slik beslutningsstøtte. Helsedirektoratet har utarbeidet en nasjonal veileder for legemiddelgjennomganger (19). Stortingsmeldingen nevner også at det er viktig at pasientens totale helsemessige situasjon tas i betraktning, at man ikke ser på pasientens innleggelses- eller behandlingsgrunn isolert.

En oppsummering av studier gjort i 2010 viste at farmasøyts bidrag i tverrfaglige team for å optimalisere pasientbehandling hos pasienter som ikke er innlagt, kan ha positive effekter (20), selv om studiene i oppsummeringen var svært ulike med tanke på utfallsmål. Det ble sett på opplegg der farmasøyt rådgav pasientene, og der farmasøyt ga råd til helsepersonell som behandlet pasienter. Oppsummeringen kan tyde på at farmasøyts råd til helsepersonell bidro mest til bedret pasientbehandling.

1.9 Hensikten med studien

Hensikten med denne studien var å beskrive den medikamentelle behandlingen og oppfølgingen av pasienter underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold ved Klinikk for psykisk helse, Sørlandet sykehus HF. Videre var det ønsket å kartlegge eventuelt potensial for forbedret medikamentell behandling gjennom spesifikk rådgivning fra farmasøyt i det tverrfaglige behandlingsteamet.

2 METODE

2.1 *Studiedesign*

2.1.1 *Beskrivende del*

I denne studiedelen ble informasjon vedrørende det tvungne psykiske helsevernet og medikamentell behandling gjennomgått og registrert for hver enkelt pasient.

2.1.2 *Intervensjonsdel*

Det ble i denne studiedelen utført legemiddelgjennomganger slik den nasjonale veilederen beskriver (19). I legemiddelgjennomgangene ble det identifisert legemiddelrelaterte problemer. Legemiddelrelaterte problemer (LRP) er av Ruths og medarbeidere definert som ”en hendelse eller et forhold som skjer i forbindelse med legemiddelbehandling, og som reelt eller potensielt interfererer med ønsket helseeffekt” (21). Tiltak for løsning av de legemiddelrelaterte problemene ble foreslått i møter med behandler eller behandlingsteam der resultatet av legemiddelgjennomgangene ble presentert.

2.2 *Studiesenter*

Ved Klinikk for psykisk helse ved Sørlandet Sykehus HF er pasienter underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD) tilknyttet ulike avdelinger avhengig av blant annet bosted og funksjonsnivå. Pasientene er i behandling ved den avdelingen som best kan ivareta pasientens behov for å bli værende i sitt nærmiljø og samtidig få tett oppfølging fra spesialisthelsetjenesten.

2.3 *Inklusjonskriterier*

Studien inkluderte alle pasienter over 18 år som 1. september 2013 og på tidspunkt for legemiddelgjennomgang var underlagt TUD i Klinikk for psykisk helse ved Sørlandet Sykehus HF. Inkluderte pasienter brukte to eller flere legemidler, fast eller ved behov, foreskrevet av eller i samarbeid med lege i behandlingsteamet.

2.4 Innhenting og registrering av data

Det ble innhentet oversikter fra de avdelingene som er behandlingssted for pasienter underlagt tvungent psykisk helsevern om hvilke pasienter de hadde med TUD-vedtak på inklusjonsdatoen, og hvilke behandlere som var ansvarlige for de ulike pasientene.

2.5 Målevariable

Det ble samlet informasjon om pasientens kjønn og fødselsår, diagnoser, tid siden TUD ble etablert, aktuell legemiddelbruk, om pasienten hadde tvangsmedisineringsvedtak og hvilken oppfølging av den medikamentelle behandlingens effekt som var utført og journalført.

Forklaring til de ulike diagnosekodene fins i tabell 1.

Tabell 1 Forklaring til hoveddiagnoser til inkluderte pasienter

| Diagnosekode | Forklaring | Kortnavn brukt i denne studien |
|--------------|--|--------------------------------|
| F20 | Paranoid schizofreni | Schizofreni |
| F25 | Schizoaffektiv lidelse | Schizoaffektiv |
| F22 | Paranoid psykose (vrangforestillingslidelse) | Vrangforestilling |
| F31 | Bipolar affektiv lidelse | Bipolar |
| F19 | Avhengighetssyndrom | Avhengighet |
| F06 | Organisk hallusinose | Org hallusinose |
| F45 | Somatiseringslidelse | Somatisering |
| F21 | Schizotyp lidelse | Schizotyp |

2.6 Kilder

Opplysninger som er brukt i denne oppgaven er hentet fra pasientens sykehistorie i journal, gitt av behandler, eller en kombinasjon av disse kildene.

2.7 Vurdering av medikamentell behandling

På bakgrunn av de innhentede opplysningene ble det utført legemiddelgjennomganger slik Helsedirektoratets veileder beskriver (19), og i henhold til interne prosedyrer i Sykehusapotekene HF.

Potensielle og reelle legemiddelrelaterte problemer LRP ble identifisert og klassifisert etter det validerte klassifiseringssystemet Ruths og medarbeidere har foreslått (21).

2.8 Presentasjon av legemiddelrelaterte problemer

Det ble avtalt møter med alle behandlere til de inkluderte pasientene. Møtene ble holdt enten med behandler og farmasøyt til stede, eller med behandlingsteam og farmasøyt til stede, avhengig av hvordan pasientoppfølgingen var organisert og hva vedtaksansvarlig ønsket. På møtene ble pasientenes medikamentelle behandling og oppfølging diskutert. Ufullstendige opplysninger om pasient, diagnose, tvangsvedtak og medikamentell behandling og oppfølging ble også komplettert.

2.8.1 Tiltak

Eventuelle LRP funnet av farmasøyt i legemiddelgjennomgangen ble presentert og tiltak ble foreslått. Tiltakene var formulert og foreslått slik at de kunne løse aktuell LRP. Tiltakene kunne anerkjennes av behandler/behandlingsteam eller ikke.

Anerkjente LRP resulterte i endring av legemiddelbehandlingen, plan om å diskutere endringen med pasient, primærkontakt og/eller behandlingsteam eller anerkjennelse av at et LRP er til stede, men at det ikke er mulig eller ønskelig å løse. Ved ikke anerkjente LRP ble opprinnelig behandling kontinuert slik behandler ønsket uten å foreta endring.

2.9 Verktøy og analyse av data

Databaseprogrammet Microsoft Excel ble brukt til å registrere målvariable, og til å foreta enkel statistisk analyse. Til interaksjonssøk ble LexiComp sitt interaksjonsprogram LexiInteract og interaksjonsdatabasen DRUID, tilgjengelig på internettssidene til Felleskatalogen, benyttet.

Variasjoner i tvungen psykisk helsevern, tvangsmedisineringstiltak og legemiddelbruk mellom definerte grupper er hyppigst brukt i den beskrivende delen. I intervensjonsdelen er det hovedsakelig tiltak i forhold til de legemiddelrelaterte problemene som er presentert.

2.10 Etikk

Studien ble vurdert å kreve godkjenning fra Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK), og søknad med prosjektprotokoll ble forelagt REK april 2013. REK karakteriserte studien som et kvalitetssikringsprosjekt, ikke et forskningsprosjekt, og dermed falt den utenfor REKs mandat. Personvernombudet ved Sørlandet Sykehus HF forholder seg til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD), som godkjente studien som et

kvalitetssikringsprosjekt initiert av og etter ønske fra Klinikk for psykisk helse ved Sørlandet Sykehus HF, med krav om skriftlig oppdrag fra ledelsen. Slikt oppdrag ble forelagt NSD.

2.11 Pasienter underlagt tvungent psykisk helsevernns spesielle situasjon

Det er alvorlige etiske problemstillinger knyttet til etablering av tvungent psykisk helsevern med og uten døgnopphold og tvangsbehandling med legemidler. Den lovfestede medbestemmelse og rett til å bestemme egen behandling fravikes, og det uten at pasienten har samtykket til verken fravikelsen eller behandlingen.

2.12 Samtykke til studiedeltakelse

Det ble fra NSD gitt godkjenning til at denne studien var å betrakte som en egeninitiert kvalitetssikringsstudie som ikke krever samtykke til deltakelse fra pasientene. Slike kvalitetssikringstiltak er spesialisthelsetjenesten pålagt å gjennomføre som ledd i internkontrollen, og fokus er da på behandling gitt, og dokumentasjon og evaluering av denne.

2.12.1 Begrunnelse for at samtykke til deltakelse ikke ble innhentet

Det ble ikke innhentet samtykke fra pasientene før de ble inkludert i studien. Dette etter råd fra studiemedarbeider (råd fra LIS-lege og forsker i nettverket, personlig meddelelse) i en multisenterstudie om tvangsbehandling med utspring fra tvangsforskningsnettverket ved Universitetet i Tromsø (22). Grunner til at dette anses som det beste for pasientene er den spesielle situasjonen disse pasientene er i som legemiddelbrukere, at mange av disse pasientene ikke er samtykkekompetente og at pasientene ikke direkte skal involveres i studien ved intervju eller undersøkelse.

2.12.2 Studiens følger for pasientene

Studien ville ikke få direkte følger for pasienten eller den medikamentelle behandlingen, utover at det ble gitt råd til behandler eller behandlingsteam. Eventuelle forbedringer som ble foreslått av farmasøyt etter legemiddelgjennomgang, er å anse som beslutningsstøtte for legen og resten av det tverrfaglige behandlingsteamet som har ansvar for medikamentell behandling og videre oppfølging.

2.13 Datainnsamling og oppbevaring

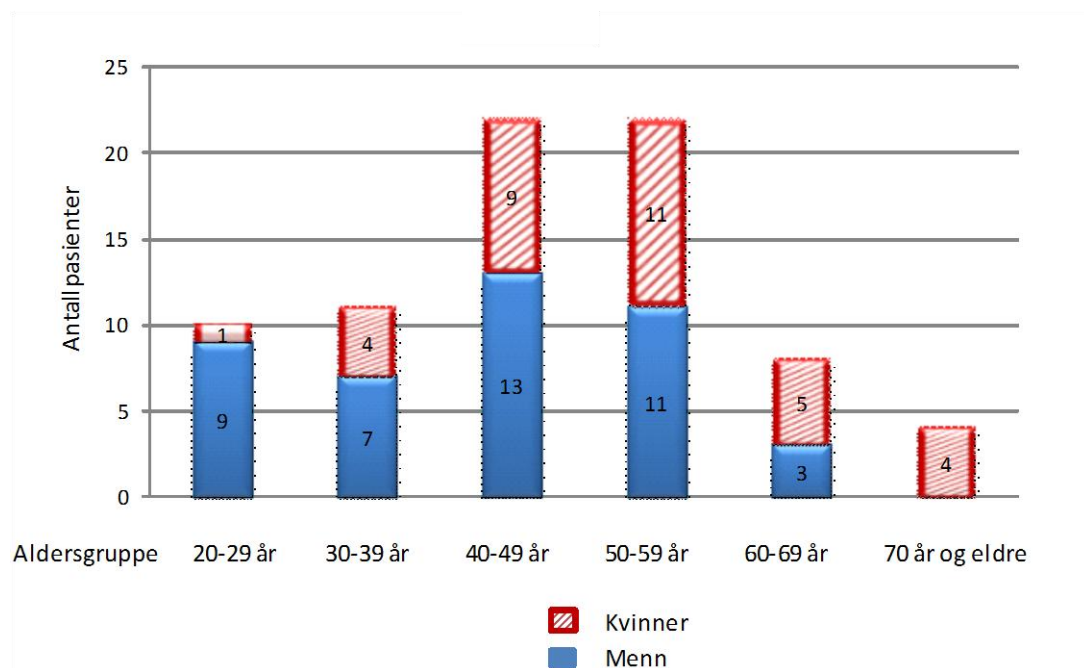
Dokumentasjonsskjemaene der pasientdata, sykehistorie, legemiddelbruk og annen relevant informasjon var notert ble oppbevart innelåst, og oppbevaringen ble godkjent som forsvarlig av personvernombudet. Under bearbeidelsen av materialet var løpenummeret, samt kjønn og fødselsår, de eneste pasientrelaterte opplysninger som ble registrert.

3 RESULTAT

Det var til sammen 101 pasienter underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgnoophold ved Sørlandet Sykehus på inklusjonsdatoen. Alle pasientene var over 18 år. Det ble samlet informasjon om alle disse pasientene og utført legemiddelgjennomgang. Det ble så avholdt møter med behandler eller behandlingsteam der LRP ble presentert og eventuelle tiltak bestemt, og medikamentell bruk ble verifisert. Etter disse møtene var det avklart at 77 pasienter brukte to eller flere legemidler foreskrevet av, eller i samarbeid med, lege i behandlingsteamet. 21 pasienter brukte ett legemiddel, mens 3 pasienter ikke brukte legemidler.

3.1 Studiedeltakere

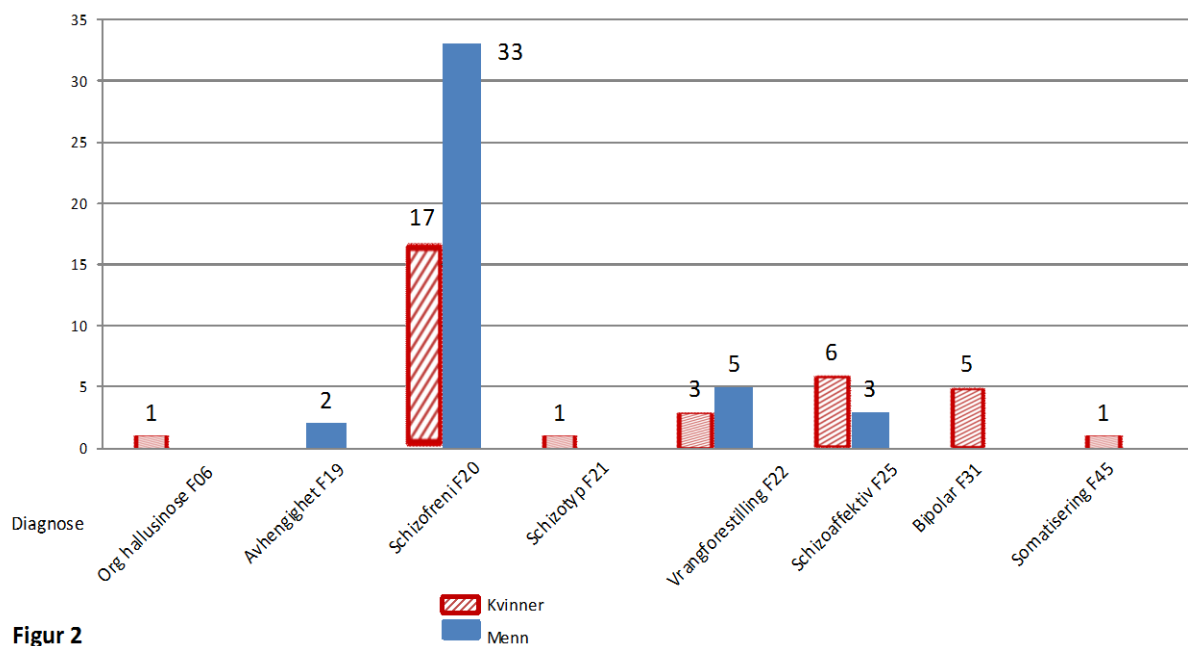
De 77 pasientene som brukte to eller flere legemidler ble inkludert i studien. Blant de 77 pasientene var kjønnsfordelingen slik at en liten overvekt av pasientene var menn (43 pasienter, 56 %). Pasientene var i alder fra 22 til 71 år, median 47 år. Det var flest menn i de lavere aldersgruppene, og flest kvinner i de høyere aldersgruppene, som vist i figur 1.



Figur 1 Alders- og kjønnsfordeling for inkluderte pasienter

3.2 Diagnose

Det er hovedkriterium for å kunne fatte vedtak om tvungen psykisk helsevern at pasienten må ha en alvorlig sinnslidelse. De fleste pasientene hadde diagnosen schizofreni F20. Ellers var schizoaftektiv F25 og vrangforestilling F22 de hyppigste diagnosene. En del pasienter hadde flere diagnoser, der en av diagnosene presentert i figur 2 var hoveddiagnose. Forklaring til diagnosekodene er gitt i tabell 1.



Figur 2 Antall pasienter med de ulike hoveddiagnosene

3.2.1 Dobbeldiagnose rus og psykiatri

Dobbeltdiagnoser rus og psykiatri er noe som ifølge klinikere sees oftere og oftere i spesialisthelsetjenesten innen psykisk helse. Pasienter med dobbeltdiagnoser er kompliserte å behandle, og har ofte behov for sammensatte tjenester fra flere omsorgsnivå. Også blant de inkluderte pasientene var det pasienter med dobbeltdiagnose. 16 pasienter hadde diagnosene schizofreni F20 og avhengighet F19.

3.2.2 Andre tilleggsdiagnoser

Bortsett fra dobbeltdiagnoser rus og psykiatri hadde tre pasienter diagnosene schizofreni F20 og Lett psykisk utviklingshemming F70. Andre enkeltpasienter hadde andre tilleggsdiagnoser,

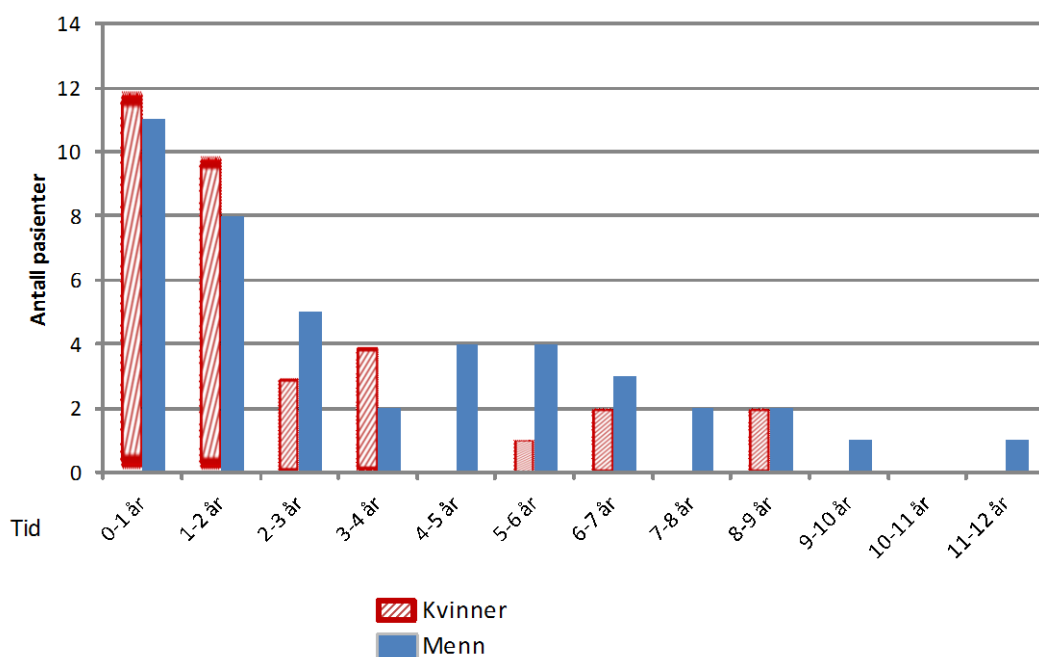
enten psykiske eller somatiske lidelser. Det ble i denne studien tatt utgangspunkt i pasientenes hoveddiagnose.

3.3 Tid underlagt TUD

Etablering av TUD skjer fortløpende. Denne studien tok utgangspunkt i en bestemt dato da pasientene ble inkludert. Derfor er tiden pasientene har vært underlagt TUD ikke så lett å tallfeste nøyaktig. Det er laget tidsintervaller på et år for å beskrive hvor lenge pasientene hadde vært underlagt TUD på inklusjonsdato.

Det var stor variasjon i hvor lenge pasienter er underlagt tvungent psykisk helsevern. De inkluderte pasientene hadde vært underlagt TUD i fra få måneder til over 11 år. Det var flest pasienter som hadde fått etablert vedtak om TUD i løpet av siste år.

Median var 2-3 år. Fordeling av tiden (antall år) pasientene hadde vært underlagt TUD på inklusjonsdato er presentert i figur 3.



Figur 3 Tid i år siden pasienter ble underlagt TUD

3.4 Tillegg av tvangsmedisineringsvedtak

30 pasienter (39 %) hadde i tillegg til å være underlagt TUD også tvangsmedisineringsvedtak etter § 4-4. 35 % av kvinnene og 42 % av mennene hadde tvangsmedisineringsvedtak.

3.5 Vedtaksansvarlige

Det var i alt 17 psykiatere og psykologspesialister som var vedtaksansvarlige for en eller flere pasienter med TUD-vedtak inklusjonsdato. Disse var vedtaksansvarlige for fra en til 26 pasienter hver.

3.6 Beskrivelse av medikamentell behandling

Pasientene brukte legemidler både mot sine psykiske lidelser og mot somatiske lidelser. Alle pasientene fikk behandling med antipsykotika. Med antipsykotika menes her legemidlene i ATC-gruppe N05A med unntak av N05AN01 litium.

Det er flere måter å dele inn antipsykotika på. Legemiddelhåndboka deler gruppen inn i førstegenerasjons høydoseantipsykotika, førstegenerasjons antipsykotika, overgang høydose – lavdose, førstegenerasjons lavdoseantipsykotika, annengenerasjons antipsykotika (23). I denne studien er førstegenerasjons antipsykotika, overgang høydose – lavdose og førstegenerasjons lavdoseantipsykotika slått sammen, slik at antipsykotika er inndelt i tre grupper. I tillegg er fluspirilen (Imap depot; N05AG01) plassert i gruppen førstegenerasjons lavdoseantipsykotika.

Legemiddelhåndboka bruker begrepet stemningsstabiliserende midler om litium og antiepileptika med bruksområde bipolare lidelser.

Inndelingen i stemningsstabiliserende midler og de ulike gruppene antipsykotika er vist i tabell 2, sammen med definerte døgndoser DDD (24).

Tabell 2 Inndeling av antipsykotika og stemningsstabiliserende midler, brukt i denne oppgaven, samt legemidlenes DDD

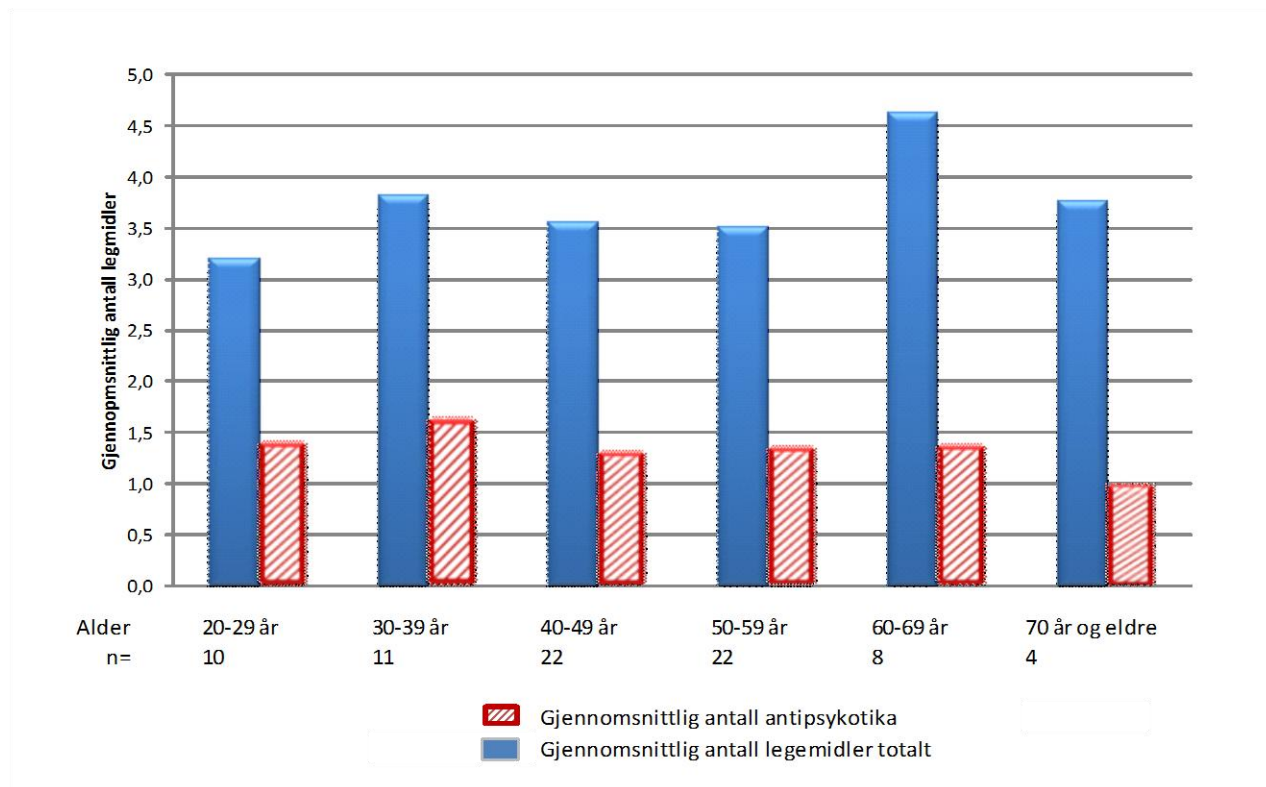
| Gruppe | Kortnavn | Generisk navn | Salgsnavn | DDD Definert døgndose | ATC- gruppe |
|--|--|----------------|---------------------------|-----------------------------|----------------|
| Første generasjon høydose- antipsykotika | Høydose | Amisulprid | Solian | 400 mg | N05A L05 |
| | | Klorprotiksen | Truxal | 300 mg | N05A F03 |
| | | Levomepromazin | Nozinan | 300 mg | N05A A02 |
| Første generasjon lavdose- antipsykotika | Lavdose | Perfenazin | Trilafon tabletter | 30 mg | N05A B03 |
| | | Perfenazin | Trilafon depotinjeksjon | 7 mg | N05A B03 |
| | | Zuklopentixol | Cisordinol tabletter | 30 mg | N05A F05 |
| | | Zuklopentixol | Cisordinol depotinjeksjon | 15 mg | N05A F05 |
| | | Flupentiksol | Fluanxol tabletter | 6 mg | N05A F01 |
| | | Flupentiksol | Fluanxol depotinjeksjon | 4 mg | N05A F01 |
| | | Flufenazin | Sigalone (uregistrert) | 1 mg | N05A B02 |
| | | Haloperidol | Haldol tabletter | 8 mg | N05A D01 |
| | | Haloperidol | Haldol depotinjeksjon | 3,3 mg | N05A D01 |
| | | Pimozid | Orap | 4 mg | N05A G02 |
| Annen generasjon antipsykotika | Atypisk | Fluspirilen | Imap depotinjeksjon | 0,7 mg | N05A G01 |
| | | Aripiprazol | Abilify | 15 mg | N05A X12 |
| | | Klozapin | Leponex | 300 mg | N05A H02 |
| | | Quetiapin | Seroquel | 400 mg | N05A H04 |
| | | Olanzapin | Zyprexa | 10 mg | N05A H03 |
| | | Paliperidon | Xeplion | 2,5 mg | N05A X13 |
| | | Risperidon | Risperdal tabletter | 5 mg | N05A X08 |
| Litium og antiepileptiske midler | Stemnings- stabiliserende midler | Risperidon | Risperdal consta | 2,7 mg | N05A X08 |
| | | Litium | Lithionit | 166 mg | N05A N01 |
| | | Valproat | Orfiril | 1500 mg | N03A G01 |
| | | Lamotrigin | Lamictal | 300 mg | N03A X09 |

Der legemiddelform er oppgitt er det forskjell i definerte døgndoser DDD mellom de ulike legemiddelformene.
Der legemiddelform ikke er oppgitt er enten definerte døgndoser DDD lik for alle legemiddelformer,
eller virkestoffet fins bare i en legemiddelform.

3.6.1 Antall legemidler

De inkluderte pasientene brukte i gjennomsnitt 3,6 legemidler totalt (spredning 2-11).

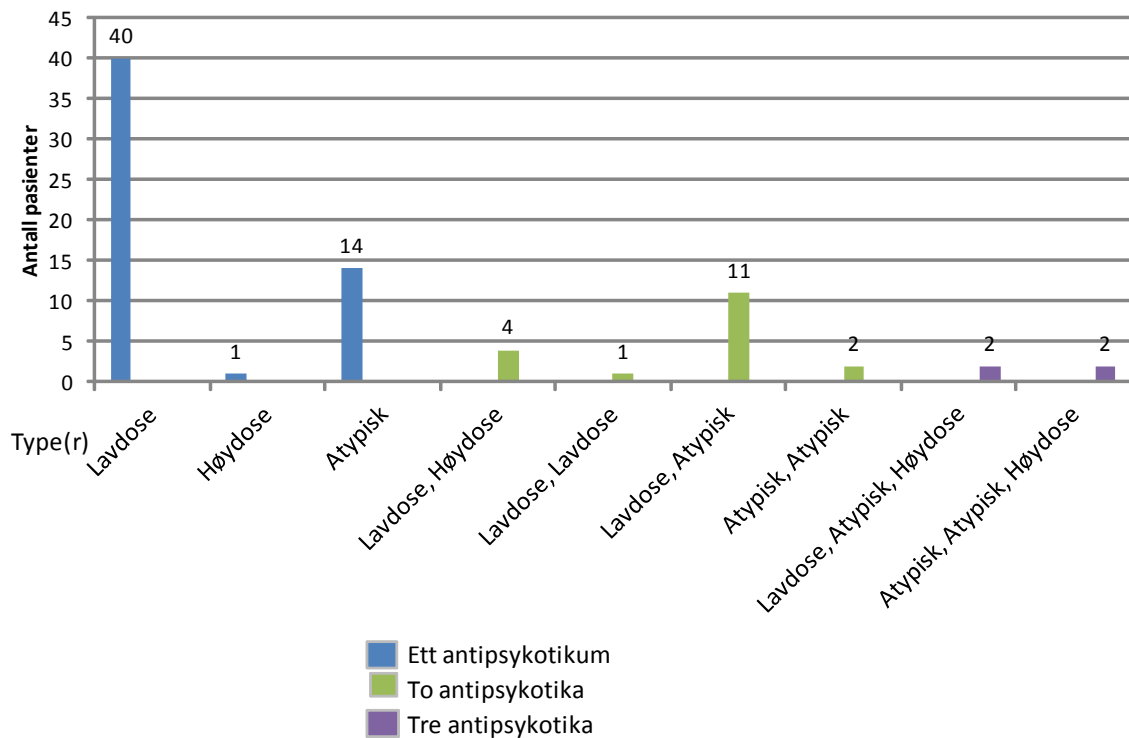
De brukte i gjennomsnitt 1,6 antipsykotikum (spredning 1-3). De eldre pasientene brukte flere legemidler totalt, men færre antipsykotika, se figur 4.



Figur 4 Gjennomsnittlig antall legemidler totalt og antipsykotika i bruk i de ulike aldersgruppene

3.6.2 Legemiddelvalg

De fleste pasientene fikk ett antipsykotikum fra lavdosegruppen. De pasientene som fikk flere antipsykotika fikk oftest legemidler fra flere av antipsykotikagruppene, se figur 5. Det var 55 pasienter som brukte ett antipsykotikum, 18 pasienter som brukte to, og fire pasienter som brukte tre antipsykotika. Stemningsstabiliserende midler ble brukt av 12 pasienter, og alle disse brukte dette i tillegg til ett eller flere antipsykotika.



Figur 5 Antall pasienter som brukte ulike typer eller kombinasjoner av typer antipsykotika

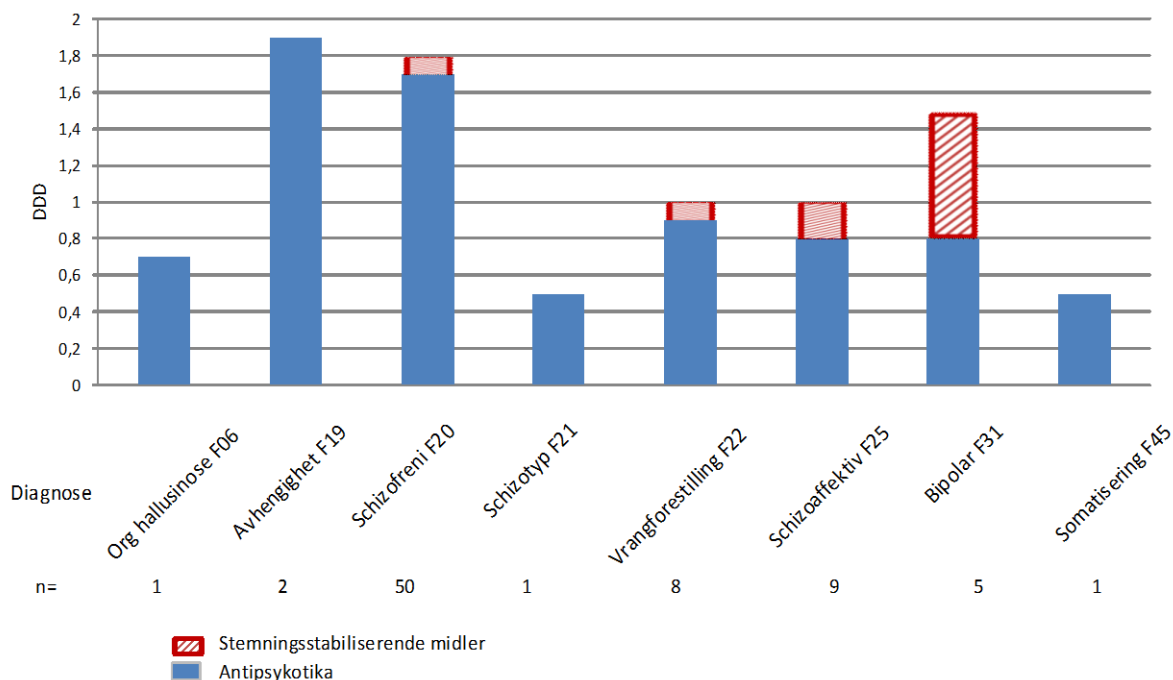
Det var to legemiddelformer av antipsykotika som ble brukt. 64 av pasientene brukte depotinjeksjon, mens resten brukte peroral formulering. Det var seksten ulike virkestoff i bruk som antipsykotika, alene eller i kombinasjon.

3.6.3 Dosering

Når det gjelder doseringen av legemidlene ble de ulike antipsykotika regnet om til definerte døgndoser DDD for å kunne sammenlignes. 1 DDD er av WHO beskrevet som "antatt daglig dosering ved vedlikeholdsbehandling til en voksen person brukt ved legemidlets hovedindikasjon" (24). DDD for hvert legemiddel er oppgitt i tabell 2. Hos de pasienter som

brukte flere antipsykotika ble dosene addert. Hver pasient brukte i gjennomsnitt 1,4 DDD antipsykotikum pr dag (spredning 0,1 - 4,7).

Ulike indikasjoner ga noe ulik dosering. Pasienter med indikasjon avhengighet F19.2 eller schizofreni F20, eventuelt i kombinasjon, fikk størst doser legemiddel av typene antipsykotika og stemningsstabiliserende legemidler. Gjennomsnittlig dosering målt i DDD er vist for de ulike hovedindikasjonene i figur 6.



Figur 6 Gjennomsnittlig dosering målt i DDD for de ulike hovedindikasjonene

Pasienter som mottok depotinjeksjoner fikk litt høyere doser enn dem som mottok peroral behandling som vist i tabell 3 A. Pasienter som i tillegg til TUD-vedtak hadde tvangsmedisineringsvedtak fikk i gjennomsnitt noe høyere doser enn dem som tok legemidler frivillig som vist i tabell 3B. Det var stor spredning innad i gruppene.

Tabell 3 Forskjeller i dosering for pasienter i forhold til A legemiddelform, og B med og uten tvangsmedisineringstiltak

| | | n= | Gjennomsnittlig antall DDD antipsykotika | SD |
|---|--------------------|----|--|-----|
| A | Depotantipsykotika | | | |
| | Ja | 64 | 1,5 | 1,1 |
| | Nei | 13 | 1,2 | 1,2 |
| B | Tvangsmedisinering | | | |
| | Ja | 30 | 1,1 | 0,8 |
| | Nei | 47 | 1,7 | 1,2 |

3.7 Identifisering av legemiddelrelaterte problemer

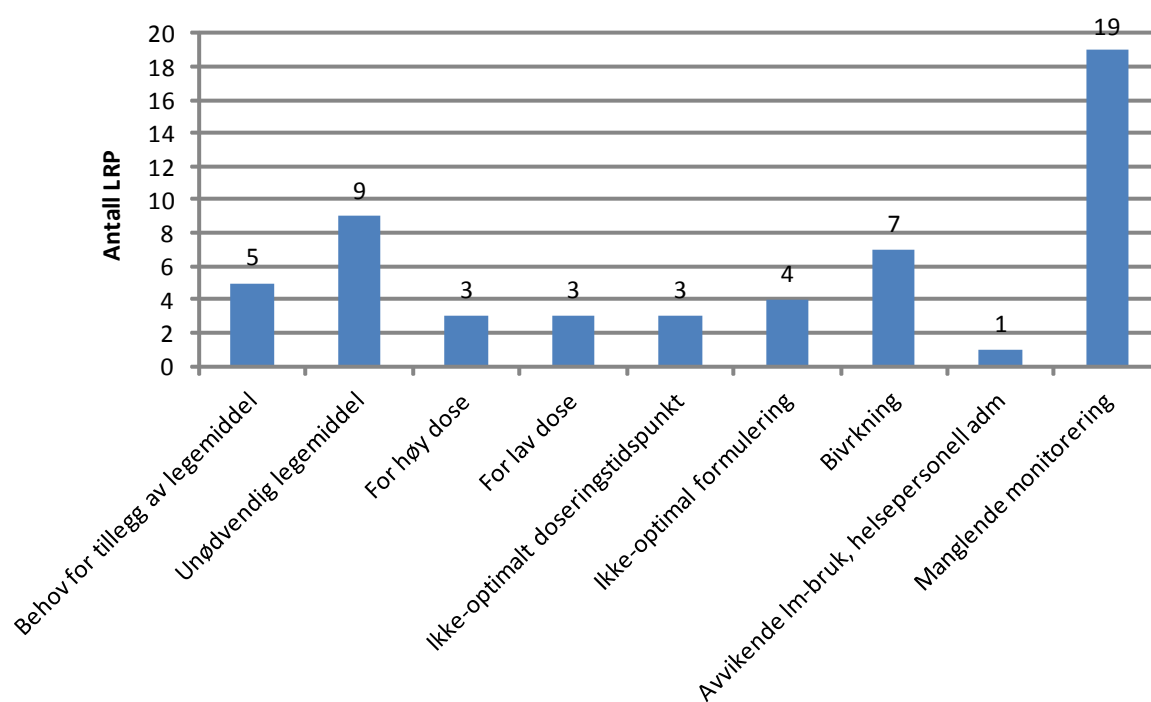
Det ble i legemiddelgjennomgangene identifisert 68 LRP hos 51 av pasientene, gjennomsnitt 1,3 LRP pr pasient. De 68 LRP ble presentert i legemiddelgjennomgangene, og 54 (79 %) av disse ble anerkjent av behandleren eller behandlingsteamet. I avsnitt 3.8 presenteres og analyseres de anerkjente LRP. Hovedpresentasjonen omfatter de anerkjente LRP. I avsnitt 3.9 blir de ikke-ankjente LRP presentert spesielt.

3.8 Anerkjente legemiddelrelaterte problemer

Syv LRP ble tatt til følge og behandlingen ble endret mens 28 skulle vurderes i teamet, eventuelt sammen med pasienten. Tilfellet for 14 LRP var at pasienten nektet tiltak til tross for anbefaling fra behandler. Fire LRP var fastlegens oppgave og for ett LRP manglet analysemulighet.

3.8.1 Klassifisering av anerkjente legemiddelrelaterte problemer

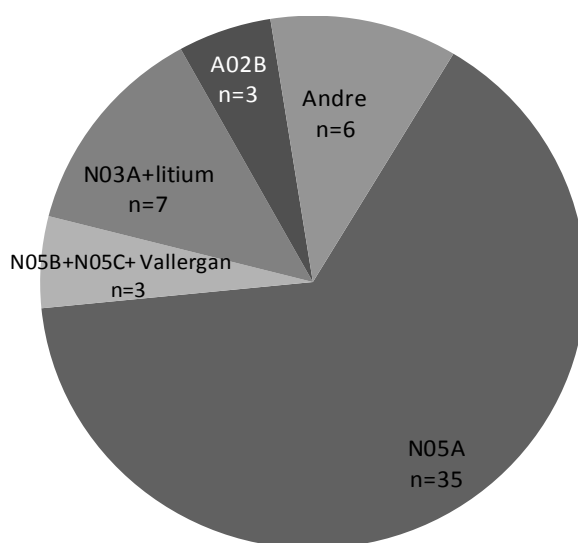
Av de anerkjente LRP var det 19 LRP i kategorien ”manglende monitorering”. Det var ni LRP ”unødvendig legemiddel” og syv LRP i kategorien ”bivirkning”. Fordeling av de anerkjente LRP er presentert i figur 7.



Figur 7 Fordeling av de anerkjente LRP etter type

3.8.2 Legemidler og -grupper involvert i anerkjente legemiddelrelaterte problemer

Antipsykotika er involvert i 35 LRP. Stemningsstabiliserende midler er involvert i syv LRP. Sovemidler og beroligende midler er involvert i tre LRP. Til sammen er legemidler mot psykiske lidelser involvert i 48 LRP. Av de somatiske legemiddelgruppene er ATC-gruppe A02B protonpumpehemmere involvert i flest LRP, tre stykker. Fordeling av legemiddelgrupper involvert i LRP er presentert i figur 8.



| ATC-kode eller kortnavn | Forklaring |
|-------------------------|---|
| N05A | Antipsykotika |
| N03A+litium | Stemningsstabiliserende midler |
| N05B+N05C+alimemazin | Sove- og beroligende midler |
| A02B | Protonpumpehemmere |
| Andre | Antidepressiva, antiparkinsonmidler, midler ved avhengighetslidelser, diuretika, jernpreparater, NSAIDs (n=1 av hver) |

Figur 8 Anerkjente LRP inndelt etter legemiddelgruppe

3.8.3 Diagnoser involvert i anerkjente legemiddelrelaterte problemer

Det er flest anerkjente LRP, 35, i pasientgruppen med diagnose schizofreni F20. Det er også flest inkluderte pasienter, 50, med diagnose schizofreni F20. Når man ser på antall LRP innen en diagnosegruppe i forhold til antall inkluderte pasienter i diagnosegruppen ser man at diagnosegruppe avhengighet F19 har flest LRP pr pasient, i gjennomsnitt 1,5 LRP. Det er imidlertid bare to pasienter i denne diagnosegruppen. I diagnosegruppen vrangforestilling F22

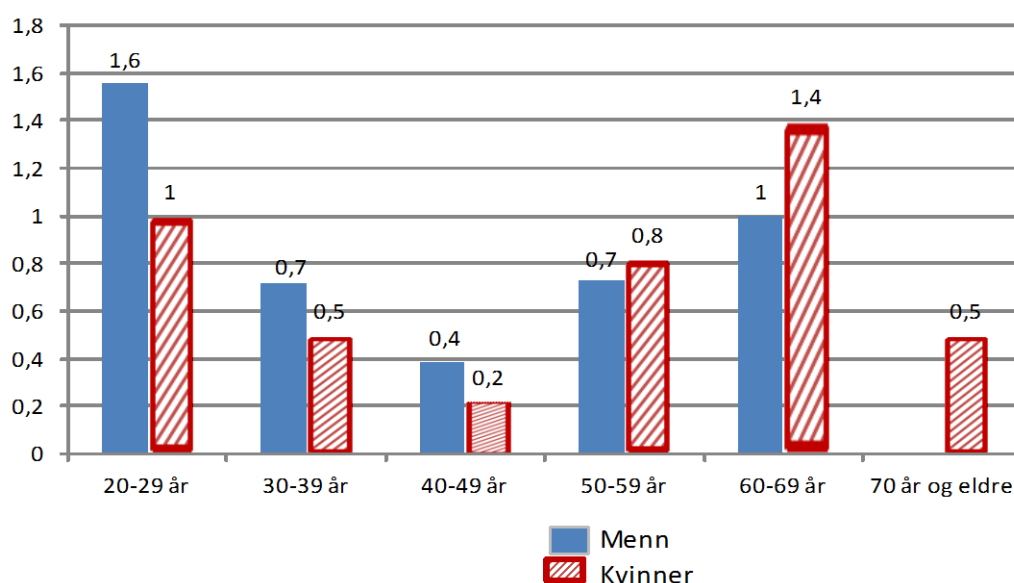
er det i gjennomsnitt 1,0 LRP pr pasient, og i denne gruppen er det åtte pasienter. Anerkjente LRP og antall pasienter i de ulike diagnosegruppene er presentert i tabell 4.

Tabell 4 Fordeling av pasienter og anerkjente LRP på de ulike hoveddiagnosegruppene

| Diagnose | Antall inkluderte pasienter | Antall LRP | Antall LRP pr pasient i gjennomsnitt |
|-------------------|-----------------------------|------------|--------------------------------------|
| Org hallusnose | 1 | 0 | |
| Avhengighet | 2 | 3 | 1,5 |
| Schizofreni | 50 | 35 | 0,7 |
| Schizotyp | 1 | 0 | |
| Vrangforestilling | 8 | 8 | 1,0 |
| Schizoaffektiv | 9 | 5 | 0,6 |
| Bipolar | 5 | 3 | 0,6 |
| Somatisering | 1 | 0 | |

3.8.4 Pasientenes alder og kjønn i forhold til anerkjente LRP

Det ble anerkjent 34 LRP hos menn og 20 LRP hos kvinner. Det er anerkjent LRP i alle aldersgrupper. Flest LRP pr pasient ble det funnet og anerkjent i den yngste aldersgruppen menn, i gjennomsnitt 1,56 LRP pr mann i aldersgruppen 20-29 år. Blant kvinner i aldersgruppen 60-69 år ble det funnet og anerkjent i gjennomsnitt 1,40 LRP pr kvinne. Det ble funnet og anerkjent færrest LRP pr pasient både for kvinner og menn i aldersgruppen 40-49 år, henholdsvis 0,22 og 0,38 LRP pr pasient. Anerkjente LRP i forhold til alder og kjønn er presentert i figur 9.



Figur 9 Anerkjente LRP i forhold til pasientenes alder og kjønn

3.9 Ikke anerkjente legemiddelrelaterte problemer

Det var 14 LRP som ikke ble anerkjent. Av disse var fem LRP behov for tillegg av legemiddel. Tre LRP var bivirkning og to LRP var unødvendig legemiddel. Det var ett LRP i følgende klasser som ikke ble anerkjent: Uhensiktsmessig legemiddel, ikke-optimalt doseringstidspunkt, interaksjon og manglende monitorering.

Det var seks ikke-ankjente LRP hos pasienter med diagnosen schizofreni F20.

Diagnosegruppene vrangforestilling F22 og schizoaffektiv F25 hadde tre ikke anerkjente LRP hver. Det var ett LRP i hver av diagnosegruppene bipolar F31 og somatisering F45 som ikke ble anerkjent.

Hos de fire pasientene over 70 år var det tre LRP som ikke ble anerkjent. Det var to LRP i pasientaldersgruppen 50-59 år, fem LRP i aldersgruppen 40-49 år, tre LRP i aldersgruppen 30-39 år og ett LRP i aldergruppen 20-29 år som ikke ble anerkjent.

Det var åtte LRP hos kvinner og seks LRP hos menn som ikke ble anerkjent.

4 DISKUSJON

4.1 *Antall legemidler*

Pasientene inkludert i denne studien brukte få legemidler sammenlignet med andre pasienter som behandles i spesialisthelsetjenesten. Bjerknes` masteroppgave fra 2013 (25) beskrev at pasienter innlagt i psykiatrisk døgnenhet i Vestfold i gjennomsnitt brukte 3,7 legemidler fast og 2,4 legemidler ved behov ved innleggelse. Disse pasientene var litt yngre enn i denne studien. Gjennomsnittsalder var 41 år (spredning 19-66 år), men er likevel sammenlignbare med pasientene i denne studien aldersmessig, og antakelig sykdomsmessig også. En studie fra 2002 utført ved reumatiske og indremedisinske avdelinger ved fem sykehus i Norge (26), inkluderte 827 pasienter som brukte i gjennomsnitt 8,7 legemidler. Alder er ikke oppgitt, men det antas at pasientene er eldre enn i denne studien.

4.1.1 *”Overbehandling i psykiatrien”?*

Pasientpopulasjonen som her er undersøkt er generelt negative til legemidler. Det kan være flere grunner til det: Manglende sykdomsinnsikt, vrangforestillinger i forbindelse med helse og legemidler, erfaring med plagsomme bivirkninger fra egen eller andres tidligere legemiddelbruk eller annet. Det fins også sterke pasientorganisasjoner for denne pasientgruppen som forfekter et syn på psykisk lidelse der legemidler utelukkende er skadelig, og at legemidler hindrer kontakt med de ressurser hver enkelt har iboende og som er nødvendige for tilfriskning.

Resultatet av legemiddelgjennomgangene foretatt i denne studien tyder på at behandlerne tar pasientenes ønsker på alvor. Ved flere identifiserte LRP kategorisert som ”manglende monitorering” eller ”behov for nytt legemiddel” er det enighet mellom farmasøyt og behandler om hva som er optimal medikamentell behandling og oppfølging. Hvis den ønskede behandling og oppfølging likevel ikke er sammenfallende med pasientens ønsker, prioriteres sistnevnte. De fleste LRP som ikke ble anerkjente var klassifisert som ”behov for nytt legemiddel”. Disse faktorene tyder på at pasientgruppen heller er underbehandlet enn overbehandlet hvis man vurderer det rent farmakologisk.

Selv om pasientene er underlagt TUD, tyder denne studien på at behandler eller behandlingsteam går langt for å komme pasientens ønsker i møte, også der pasientens ønsker strider mot det man er enige om er optimal medikamentell behandling. Det legges stor vekt på

at pasienten opplever reell medbestemmelse over egen behandling, og det legges ned et stort arbeid for å sette pasientene i stand til å ivareta egen psykisk helse i framtiden.

4.2 Valg av legemiddel, dose og legemiddelform

En kunnskapsoppsummering konkluderer med at det er få forskjeller i effekt målt som symptomrespons mellom de ulike antipsykotika som brukes til behandling av schizofreni til voksne, men det er noen forskjeller i bivirkninger som kan være relevante når valg av legemiddel foretas (27). De fleste pasientene får ett antipsykotikum i lavdosegruppen i depotinjeksjonsform. Som vist i tabell 3A, fikk pasienter som mottok depotinjeksjoner litt høyere doser enn dem som mottok peroral behandling. Forskjellene er imidlertid små og variasjonene innad i gruppene er store. Man kan derfor ikke konkludere med at det eksisterer forskjeller i dosering, til det trengs flere studier. Et argument for å velge legemiddelformen depotinjeksjon, har vært at pasienten da kan få lavere dose. Dette ser ikke ut til å være tilfellet for pasientene i denne studien. Pasienter som i tillegg til TUD-vedtak hadde tvangsmedisineringsvedtak, fikk noe høyere doser enn dem som tok legemidler frivillig (tabell 3B). Også her er det for stor variasjon innad i gruppene til å kunne konkludere med en forskjell. Funnene i studien kan imidlertid tyde på at tvangsmedisineringsvedtak fører til at pasientene får større dose legemiddel enn pasienter uten slikt vedtak, selv om variasjonene også her er stor innad i hver gruppe.

Studien viser at eldre pasienter får noe færre legemidler mot sine psykiske lidelser. Dette indikerer individuell tilpassing i forhold til pasientens behov. Eldre har generelt langsommere metabolisme, annerledes fett/vannfordeling i kroppen og større sensitivitet for legemidler som påvirker sentralnervesystemet enn yngre personer. Imidlertid har eldre oftere somatiske lidelser som krever medikamentell behandling. De eldre pasientene bruker flere legemidler totalt enn de yngre i denne studien. Dette tyder på at også pasientene i denne studien har behov for, og mottar slik behandling.

Det eksisterer en oppfatning hos mange at psykiatrien overbehandler pasienter med legemidler mot deres vilje. Siden pasientene i denne studien bruker færre legemidler enn pasienter i sammenlignbare studier, tyder det på at dette ikke er tilfellet. I tillegg er flere LRP, særlig de ikke anerkjente, av typen ”behov for nytt legemiddel”. Man underbehandler heller med pasientens vilje enn å overbehandle mot dens vilje.

4.3 Diagnoser

Ulike diagnoser gir ulikt valg av legemiddel og dosering. Den vanligste diagnosen blant de inkluderte pasientene var schizofreni F20. Diagnosene der det ble brukt høyest dose antipsykotika + stemningsstabiliserende midler, var schizofreni F20 og avhengighet F19.

4.3.1 Diagnostisering

Hovedkriteriet for å kunne underlegges tvungent psykisk helsevern er, som tidligere beskrevet, en alvorlig psykisk lidelse. De fleste pasientene hadde en slik diagnose, oftest schizofreni F20. Blant pasientene hadde noen spesifikke og andre uspesifikke diagnoser i sykehistorien sin. Ut fra sykehistoriene så man også at diagnostisering hos enkelte av pasientene hadde vært krevende og preget av usikkerhet. Dette gjaldt særlig pasienter med dobbeltdiagnose rus og psykiatri, der det blant annet kreves rusfrihet over lengre tid for å kunne stille diagnose. Dette hadde ikke alltid vært mulig å få til. I tillegg hadde gjerne pasientene vært i behandling flere steder i spesialisthelsetjenesten med litt ulikt fokus og utredningsopplegg. Det ble gjort et grundig systematisk og detaljert utrednings- og diagnostiseringsarbeid for en del pasienter, men ikke alle hadde for eksempel en nylig skåring fra et anerkjent utredningsverktøy i journalen sin.

To pasienter hadde diagnose avhengighet F19. Dette regnes ikke som alvorlig psykisk lidelse, og det kan være problematisk å underlegge disse tvungent psykisk helsevern. Det er imidlertid slik at alvorlig sinnslidelse slik det menes i psykisk helsevernloven, er den sinnstilstand pasienten er i der og da, og gjenspeiles ikke nødvendigvis i en diagnosekode. Dessuten kan det være slik at pasienter med avhengighetsdiagnoser erfaringsmessig går inn i psykosetilstander som kan være langvarige og alvorlige dersom de ikke får den oppfølging som TUD og eventuelt tvangsmedisineringensvedtak gir. Det er i tillegg en mulighet for at disse to pasientene i tillegg hadde andre diagnoser som ikke ble funnet i journalen ved gjennomgang.

4.4 Journalføring

Journalføringen vedrørende medisinerings utføres forskjellig av behandlere i klinikken. Det er ikke etablert en ensartet måte som brukes av alle, eller ett bestemt sted i journalen der opplysninger om legemidler gjennomgående dokumenteres. Utredninger og diagnoser

gjenfinnes som regel i epikriser hvis pasienten har hatt innleggelser den senere tiden, men er vanskeligere å finne for pasienter uten nylige innleggelser.

Vedtak om tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold inkluderer nødvendigvis ikke medisiner, men er en betingelse for at vedtak om tvangsmedisinering med behandling som formål kan fattes. Det formelle tvangsmedisineringsvedtaket inneholder som regel heller ikke opplysninger om hva slags legemiddel som skal brukes og i hvilken dose, siden det i psykisk helsevernloven (1) ikke er krav om at vedtaket skal inneholde slik informasjon.

Det var til dels krevende å finne de nødvendige opplysningene i pasientenes sykehistorie i journal. I enkelte tilfeller manglet dokumentasjon i journal for de opplysninger som behandler eller behandlingsteam formidlet muntlig, og i enkelte tilfeller var slike opplysninger ikke sammenfallende med hva som var journalført.

4.5 Anerkjennelsesgrad legemiddelrelaterte problemer

Av de 68 identifiserte LRP ble 54 (79 %) anerkjent av behandler eller behandlingsteam. Tilsvarende studier der farmasøyt har utført legemiddelgjennomganger og presentert LRP for behandlere (28, 29) viser andel anerkjente LRP på omkring 65-75 %. En av studiene (29) peker på at flere LRP blir anerkjent ved oppstart av ny behandling enn der behandling allerede er i gang. Pasientene i denne studien var i relativt stabil fase og behandling var i gang. Likevel ble 79 % av identifiserte LRP anerkjent. Det hyppigste tiltaket var ”vurdering i behandlingsteam, eventuelt sammen med pasienten”. Utfallet av disse tiltakene ble ikke målt i denne studien, men det er ikke gitt at alle tiltakene til foreslått endring i medikamentell behandling ble fulgt.

4.6 Tverrfaglige team og tiltak ved legemiddelrelaterte problemer

Rundt pasientene som er underlagt TUD jobbes det i stor grad tverrfaglig. Spesialisthelsetjenesten har som regel team rundt pasientene, hvor vedtaksansvarlig psykiater eller psykologspesialist samarbeider med andre yrkesgrupper om behandling og oppfølging av pasient. Pasientene har som regel oppfølging fra flere instanser enn spesialisthelsetjenesten, som kommunale tjenester og involvering fra NAV. Dessuten er pasienten selv involvert i så stor grad som mulig, og dennes ønsker følges så langt det er forsvarlig og gjennomførbart. Derfor var det mange LRP som skulle vurderes i teamet eller diskuteres med pasienten før

tiltak kunne iverksettes. Denne komplekse og langsiktige måten å jobbe på, der mange inkluderes i behandling og oppfølging, er nok særlig viktig for kronisk syke pasienter slik studiens populasjon representerer.

De inkluderte pasientene får ulik grad av oppfølging, både fra spesialisthelsetjenesten og fra kommunale tjenester. Disse forskjellene fins hovedsakelig fordi pasientenes funksjonsnivå og ønsker er ulike. Pasienter som er med i oppfølgingsteam drevet av sykehuset har kontakt med spesialisthelsetjenesten flere ganger ukentlig, mens andre pasienter nesten bare har kontakt med spesialisthelsetjenesten hver tredje måned når kontrollundersøkelse finner sted. Disse pasientene har utenom kontrollundersøkelsen oftest kontakt med den kommunale psykiatritjenesten eller eventuelt bare med fastlegen. Hvor tett oppfølgingen er fra kommunalt omsorgsnivå varierer også. Det er i denne studien ikke registrert opplysninger om hvor tett oppfølging pasientene får, eller fra hvilke hjelpeinstanser.

4.6.1 Flere behandlere involvert i pasientbehandling

Ifølge psykisk helsevernloven kan vedtak om tvungent psykisk helsevern kun fattes av lege- eller psykologspesialister. Ikke riktig alle behandlere som har pasienter underlagt TUD har slik kompetanse. Da blir behandlerrollen i praksis delt på flere, i og med at én fatter vedtak og en annen har hovedkontakt med pasienten. Dersom pasienten skal medisineres må lege i tillegg inn i pasientbehandlingen. I tillegg har pasienten kanskje oppfølging fra fastlegen eller terapeut i kommunal omsorg. Dermed er det mange behandlere som må dele på ansvaret for pasientens behandling og oppfølging, og det er avgjørende at alle disse kommuniserer og er enige i pasientens opplegg.

4.7 Tidspunkt for presentasjon av funn fra legemiddelgjennomgangene

Etter inklusjonsdato 1. september 2013, ble det innhentet oversikter over pasientene og utført legemiddelgjennomganger for alle. Samtidig ble det fortløpende avtalt møter med behandlerne eller behandlingsteamene. Av praktiske årsaker ble ikke resultatene fra legemiddelgjennomgangene presentert for alle behandlere med en gang. Det tok lenger tid enn forventet å få avtaler med den enkelte behandler eller behandlingsteam. Likevel er alle pasienter som tilfredsstilte inklusjonskriteriene pr 1. september 2013 inkludert, fordi det er i tråd med studiens hensikt.

4.8 *Tvang og opphør av tvang*

De fleste pasientene med TUD-vedtak hadde først fått etablert tvungent psykisk helsevern med døgnopphold, som senere var omgjort til tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold.

Vedtak om TUD fattes for ett år av gangen, og kan forlenges med ett år av gangen etter søknad til Kontrollkommisjonen som er en egen rettsinstans. Når en pasient er underlagt TUD skal det foretas en kontrollundersøkelse hver tredje måned av den vedtaksansvarlige. Loven sier at tvangsvedtak skal oppheves umiddelbart når vilkårene ikke lenger er tilstede. Ut fra journaler og samtaler med behandlere sees det at de fleste pasienter der tvangsvedtak blir opphevet, får vedtaket opphevet når ett år er gått og vedtaket må fornyes. Nytt årsvedtak blir ikke fattet, og pasienten gis i stedet tilbud om frivillig oppfølging.

Tilbakemeldinger fra behandlere tyder på at kontrollundersøkelsen som foretas hver tredje måned ikke er hensiktsmessige verken for pasient eller den vedtaksansvarlige. Pasienten vil gjerne ikke underlegge seg slik undersøkelse, og opplever den som et ytterligere overgrep. Vedtaksansvarlig får ikke alltid utført undersøkelsen tilstrekkelig grundig fordi pasienten motsetter seg den. Hos enkelte pasienter utføres kontrollundersøkelsene gjennom dørsprekken eller gjennom et åpent vindu hjemme hos pasienten.

4.9 *Styrker og begrensninger*

Alle pasientene underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold ved Sørlandet sykehus HF inklusjonsdato som oppfylte inklusjonskriteriene, har fått utført legemiddelgjennomgang og blitt diskutert av farmasøyt og behandler eller farmasøyt og behandlingsteam. Studien gir et øyeblikksbilde, mens pasienters behandling kontinuerlig endres etter effekt og utvikling av sykdommen. Pasienter underlagt TUD er likevel i en relativt stabil sykdomsfase. Pasientenes forverring av sykdommen sees gjerne i form av innleggelse i akuttpsykiatrisk døgnetenhet.

Det var på forhånd bestemt at inklusjonskriteriet skulle være pasienter som brukte to eller flere legemidler foreskrevet av eller i samarbeid med behandler i spesialisthelsetjenesten. De pasientene som brukte ett eller ingen legemidler ble derfor ikke med i tallmaterialet til studien eller i analysen av dette. I tillegg kan det hende pasientene brukte legemidler som ikke ble identifisert, enten forekrevet av fastlegen, av andre leger eller kjøpt reseptfritt. Siden

pasientene ikke ble intervjuet baserer denne studien seg på opplysninger spesialisthelsetjenesten har i sitt journalsystem. Det var heller ingen pasienter der det forelå opplysninger om bruk av naturlegemidler eller helsekostpreparater, bortsett fra omega 3 i kapselform. Siden funnene i studien kan indikere at pasientene er underbehandlet medikamentelt, hadde det vært interessant å gå nærmere inn på de pasientene som ikke ble inkludert, de som brukte ett eller ingen legemidler. Det kan hende de virkelig relevante LRP fins i denne gruppen, kanskje helst av typen ”behov for nytt legemiddel”.

4.10 Betydningen av allianse i pasientbehandlingen

For at behandlingen skal lykkes er man avhengig av å skape og opprettholde allianse mellom pasienten og behandler eller behandlingsteam. Et spørsmål om innsyn i legemiddelbruk og sykehistorie, og kvalitetsvurdering av legemiddelbruken, vil kunne påvirke alliansen og pasientens motivasjon for behandling negativt. Med denne begrunnelsen, samt definisjon av studien som intern kvalitetssikring, ble det ikke bedt om samtykke fra pasientene før inkludering.

5 KONKLUSJON

Av de 101 pasientene som var underlagt TUD på inklusjonsdatoen brukte 77 pasienter to eller flere legemidler og ble inkludert i studien. Blant de inkluderte pasientene var det en liten overvekt menn, og median alder var 47 år. De fleste pasientene hadde diagnosen schizofreni F20. I studiepopulasjonen er det 16 pasienter (21 %) som har dobbeltdiagnose schizofreni F20 og avhengighet F19.

Det er stor variasjon i tiden pasientene har vært underlagt TUD. Det er pasienter som har hatt vedtak om TUD i over 11 år. Det er flest menn som har vært underlagt TUD lenge (over 4 år). 39 % av pasientene har i tillegg til vedtak om TUD også tvangsmedisineringsvedtak.

Alle pasientene brukte et eller flere antipsykotika. 71 % av pasientene brukte ett antipsykotikum, resten brukte to eller tre. 12 pasienter brukte i tillegg stemningsstabiliserende midler. De fleste brukte legemiddelformen depotinjeksjon for antipsykotika. I gjennomsnitt brukte pasientene totalt 3,6 legemidler. Dette er færre legemidler enn sammenlignbare populasjoner. I gjennomsnitt brukte pasientene 1,6 antipsykotika. Eldre over 60 år brukte flere legemidler totalt, men færre antipsykotika. Dosene som ble brukt var i gjennomsnitt 1,4 DDD antipsykotikum pr dag. Pasienter med diagnosene schizofreni F20 eller avhengighet F19, samt de med legemiddelform depotinjeksjon eller tvangsmedisineringsvedtak fikk høyest dose.

Det ble identifisert 68 legemiddelrelaterte problemer hos 51 av pasientene. Av de identifiserte LRP ble 54 anerkjent av behandler eller behandlingsteam. Den hyppigst forekommende typen LRP var ”manglende monitorering”. De fleste inkluderte pasientene har oppfølging av team, så de fleste anerkjente LRP skulle vurderes i teamet, ofte sammen med pasienten også. Den legemiddelgruppen som hyppigst var involvert i LRP var antipsykotika. Alle pasientene brukte minst ett antipsykotikum, derfor er det naturlig at denne legemiddelgruppen er involvert i de fleste LRP. Det er flest LRP pr pasient i diagnosegruppen avhengighet F19, men denne gruppen har bare to pasienter. Unge menn og eldre kvinner har flest anerkjente LRP. Det er få LRP som ikke ble anerkjent. Det er flest ikke-ankjente LRP blant de eldste kvinnene, og flest av typen ”behov for nytt legemiddel”. Dette kan, sammen med det lave antallet legemidler brukt, tyde på at pasientene er noe underbehandlet. Pasienter underlagt TUD bruker færre legemidler enn sammenlignbare pasientpopulasjoner i spesialisthelsetjenesten.

Denne studien viser at farmasøyten spiller en rolle i å avdekke LRP, og foreslå tiltak som kan bidra til å optimalisere disse pasientenes medikamentelle behandling.

Litteraturliste

1. Lov av 2. juli 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven). Oslo: Cappelen akademisk forlag; 2001. 41 s.
2. Sosial- og helsedepartementet. St prp nr 63 (1997-98): Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006 : Endringer i statsbudsjettet for 1998. Oslo 1998. 41 s.
3. Sandsberg H-J. Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern. Tidsskr Nor Legeforen 2001;121:502-3.
4. Høie IM. Lovende fra gjennombruddsprosjektet i psykiatri. Tidsskr Nor Legeforen 2001;121(07):863.
5. Dahm KT, Leiknes KA, Husum TL, Kirkehei I, Hofmann B, Myrhaug HT, et al. Effekt av tiltak for å redusere tvangsbruk i psykisk helsevern for voksne. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, Rapport fra Kunnskapssenteret 09-2012; 2012.
6. Diseth RR, Hoglend PA. Compulsory mental health care in Norway: The treatment criterion. Int J Law Psychiatry. 2013.
7. Bak J, Aggernaes H. Coercion within Danish psychiatry compared with 10 other European countries. Nordic Journal of Psychiatry. 2012;66(5):297-01.
8. Nytingnes O. Beltefri psykiatri på Island Tidsskr Nor Legeforen 2011;131:1316-8
9. Langerud DØ. Omfang av tvangsmiddelbruk i psykisk helsevern 2007-2009 : En kvantitativ studie av kontrollkommisjonens årsrapporter. Grimstad 2011. 56 s.
10. Wynn R, Kvalvik AM, Hynnekleiv T. Attitudes to coercion at two Norwegian psychiatric units. Nord J Psychiatry. 2011;65(2):133-7.
11. Christensen TB, Onstad S. Compulsory medical treatment in an emergency psychiatric department. Tidsskrift Nor Legeforen. 2003;123(7):921-4.
12. Husum TL, Bjørngaard JH, Finset A, Ruud T. A cross-sectional prospective study of seclusion, restraint and involuntary medication in acute psychiatric wards: patient, staff and ward characteristics. BMC Health Serv Res. 2010;89(10):1-9.
13. Bremnes R. Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne i 2012. Oslo: Helsedirektoratet; 2013. 66 s.
14. Van Dorn RA, Swanson JW, Swartz MS, Wilder CM, Moser LL, Gilbert AR, et al. Continuing medication and hospitalization outcomes after assisted outpatient treatment in New York. Psychiatr Serv. 2010;61(10):982-7.
15. Kisely SR, Campbell LA, Preston NJ. Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders. Cochrane Database Syst Rev. 2011(2):CD004408.
16. De Berardis D, Marini S, Carano A, Lang AP, Cavuto M, Piersanti M, et al. Efficacy and Safety of Long Acting Injectable Atypical Antipsychotics: A Review. Curr Clin Pharmacol. 2013.
17. Universitetet i Tromsø. Forskning om bruk av tvang i det psykiske helsevernet 2009 - 2014. webside: http://www.tvangsforskning.no/filarkiv/File/Dokumenter/Prioriterte_anbefalinger_19_4_2010.pdf (sist besøkt: 9.1. 2014.).
18. Helse- og omsorgsdepartementet. Nasjonal helse- og omsorgsplan: 2011-2015. Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning; 2011. 124 s.
19. Helsedirektoratet. Veileder om legemiddelgjennomganger. webside: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/veileder-om-legemiddelgjennomganger/Publikasjoner/veileder-legemiddelgjennomgang.pdf> (sist besøkt: 9.1. 2014.).

20. Nkansah N, Mostovetsky O, Yu C, Chheng T, Beney J, Bond CM, et al. Effect of outpatient pharmacists' non-dispensing roles on patient outcomes and prescribing patterns. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010(7):CD000336.
21. Ruths S, Viktil KK, Blix HS. Classification of drug-related problems. *Tidsskr Nor Legeforen*. 2007;127(23):3073-6.
22. Universitetet i Tromsø. Tvangsforskningsnettverk i Tromsø. webside: www.tvangsforskning.no (sist besøkt: 9.1. 2014.).
23. Legemiddelhåndboka, L 5.2 Antipsykotika. webside: <http://legemiddelhandboka.no/Legemidler/52082> (sist besøkt: 9.1. 2014.).
24. WHO. ATC/DDD Index 2014. webside: http://www.whocc.no/atc_ddd_index/ (sist besøkt: 9.1. 2014.).
25. Bjerknes N. Legemiddelsamstemming ved innleggelse i en psykiatrisk sengepost [Master thesis]: Universitet i Oslo; 2013.
26. Blix HS, Viktil KK, Reikvam A. Legemiddelinteraksjoner hos sykehuspasienter - Forekomst og klinisk betydning. *Norsk Epidemiologi*. 2008;18(2):179-84.
27. Pike E, Leiknes KA, Wisløff T, Ringerike T, MK G. Effekt og sikkerhet av første- og annengenerasjons antipsykotika ved schizofreni hos voksne: en oversikt over systematiske oversikter. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, Rapport fra Kunnskapssenteret nr 08-2009; 2009.
28. Englund K. Uhensiktsmessig forskrivning av legemidler til eldre : Kartlegging av omfang av uhensiktsmessige legemidler til eldre pasienter innlagt i sykehus og implementering av tiltak [Master thesis]: Universitetet i Oslo; 2013.
29. Cehajik I. Karakterisering av legemiddelrelaterte problem ved onkologisk sengepost [Master thesis]. Oslo: Universitetet i Oslo; 2013.